Boletim Epidemiológico

14

Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde

Volume 50 | Jun. 2019

# População em situação de rua e violência – uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2017

## Introdução

A definição de população de rua é complexa, sendo sintetizada principalmente pela ausência de moradia.[1] Todavia, o conceito de moradia vai além da estrutura física e inclui a identidade, a segurança e o pertencimento.[2] A expressão "pessoas em situação de rua" abrange a compreensão da transitoriedade da condição de viver/estar na rua.[1] De acordo com a Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto nº 7.053/2009), esta população é caracterizada como "grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória".[3]

Em 2015, a estimativa das pessoas vivendo em situação de rua no Brasil foi de 101.854, sendo que a maioria (77,02%) delas vivia em municípios de grande porte e na região Sudeste (48,89%).[4] As características majoritárias das pessoas que constituíam a população em situação de rua eram: sexo masculino, adultos jovens (25 e 44 anos), exerciam atividade remunerada, passavam a maior parte do tempo nas áreas comerciais das cidades. Os fatores que influenciam a vivência na rua são diversos, mas os principais foram: uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, desemprego e conflitos familiares.[5]

Os contextos vivenciados pela população em situação de rua apresentam múltiplas vulnerabilidades, sendo um desafio para as políticas públicas, em especial aquelas relacionadas à saúde.[5] A situação de rua implica maior vulnerabilidade para o adoecimento por vários motivos – pelos riscos de estar na rua, pela dificuldade de aderir em tempo oportuno aos tratamentos adequados e de acessá-los, entre outros.[6,7] A estigmatização da população em situação de rua é outro fator que a vulnerabiliza e a torna mais exposta às diversas formas de violência.[8,9]

A temática da violência no Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizada em 2001, com a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Desde 1990, há obrigatoriedade de notificação das violências contra crianças e adolescentes e, em 2003, a notificação de violência passou a contemplar também mulheres e idosos.[10] Em 25 de janeiro de 2011, foi publicada a Portaria GM/MS nº 104, posteriormente revogada pela Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que contempla a notificação de violências como parte da lista de notificação compulsória, universalizando-a em todos os serviços de saúde, públicos ou privados.[11] Em 2014, foi incluído o campo "motivação da violência" na ficha de notificação, o qual compreende se a violência foi provocada pela situação de rua da vítima, sexismo, homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia, racismo, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional ou deficiência, incluindo campo para outras motivações não especificadas.[12]

A partir do exposto, o objetivo deste boletim foi descrever os casos notificados de violência envolvendo a população em situação de rua no Brasil, no período de 2015 a 2017.

## Métodos

Foi realizado um estudo descritivo das notificações individuais de violência interpessoal/autoprovocada registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) nos anos de 2015, 2016 e 2017, no Brasil. Os casos de violência envolvendo a população em situação de rua foram selecionados do banco de dados por meio da variável "motivo da violência" (campo 55 da ficha de notificação individual de violência do Sinan).

Volume 50 | Nº 14 | Jun. 2019

# Apresentação

O Boletim Epidemiológico, editado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, é uma publicação de caráter técnico-científico, acesso livre, formato eletrônico com periodicidade mensal e semanal para os casos de monitoramento e investigação de agravos e doenças específicas. A publicação recebeu o número de ISSN: 2358-9450. Este código, aceito internacionalmente para individualizar o título de uma publicação seriada, possibilita rapidez, qualidade e precisão na identificação e controle da publicação. Ele se configura como importante instrumento de vigilância para promover a disseminação de informações relevantes e qualificadas, com potencial para contribuir com a orientação de ações em Saúde Pública no país.

**Boletim Epidemiológico**

Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde

ISSN 9352-7864



Ministério da **Saúde**

A distribuição das frequências absoluta e relativa (percentual) das notificações de violências na população em situação de rua foi estimada de acordo com as seguintes características: faixa etária em anos (<1, 1 a 4, 5 a 14, 15 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64, e 65 ou mais), sexo (masculino, feminino, ignorado/branco), raça/cor da pele (branca, negra – preta, parda –, amarela, indígena, ignorado/branco), orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual, não se aplica – categoria destinada ao preenchimento para menores de idade –, ignorado/branco), identidade de gênero (travesti, transexual mulher, transexual homem, não se aplica – quando a identidade de gênero corresponde ao sexo biológico –, ignorado/branco), tipo de violência (física; psicológica/moral; tortura; sexual; tráfico de seres humanos; financeira/econômica; negligência/abandono; intervenção legal, quando se trata de ação realizada por agente legal público – representante do Estado, polícia ou outro agente da lei em exercício, incluindo violência com ou sem uso de artefatos [armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes] e abuso de autoridade –; outra violência; ignorado/branco), provável autor da violência (desconhecido, amigos/conhecidos, familiar, parceiro atual, ex-parceiro, policial/agente da lei, ignorado/branco), violência de repetição (sim, não, ignorado/branco) e lesão autoprovocada (sim, não, ignorado/branco).[11] As categorias ignorado/branco foram mantidas nas análises para evidenciar a qualidade do dado.

A evolução anual do número de notificações foi mensurada para todo o país, regiões, Unidades da Federação (UFs) e capitais. Foi utilizado o software Tabwin (versão 4.1.5) para construção do banco de dados a partir dos registros do Sinan, e as análises (cálculo das proporções e gráficos) foram processadas no programa Microsoft Excel.

As bases de dados secundários utilizadas na elaboração deste estudo não continham dados de identificação dos indivíduos, de forma a garantir sua confidencialidade e anonimato. Dessa forma, o estudo foi dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016.[13]

# Resultados

No período 2015-2017, foram notificados 777.904 casos de violência; destes, em 17.386 (2,2%), a motivação principal foi a condição de situação de rua da vítima. Entre essas 17.386 pessoas, observou-se que os casos se concentraram em indivíduos nas faixas etárias de 15-24 anos, com 6.622 (38,1%); 25-34 anos, com 3.802 (21,9%); e 35-44 anos, com 2.561(14,7%). Ainda que em menor frequência, observou-se também a ocorrência de casos notificados em menores de 5 anos 303(1,8%). Ao longo do triênio estudado, a faixa etária mais afetada foi a de 15 a 24 anos (36,0% em 2015, 40,7% em 2016 e 37,9% em 2017) – Tabela 1.

As notificações de violência motivada por situação de rua foram mais frequentes em indivíduos do sexo feminino (50,8%), e entre as pessoas da raça/cor da pele negra (pretos e pardos), com 9.522 (54,8%), no período de 2015 a 2017 (Tabela1). A maior proporção de notificações foi registrada entre os heterossexuais (65,2%), no período estudado, seguida da que se registrou entre os homossexuais (2,9%). As transexuais mulheres constituíram a identidade de gênero mais frequente entre as notificações de violência motivada pela situação de rua da vítima (1,6% em 2015, 1,8% em 2016 e 1,8% em 2017). A proporção de ignorado/branco foi alta para o total dos anos para os campos de identidade de gênero (33,6%) e orientação sexual (21,1%).

**TABELA 1** Número de notificações de violência cujo motivo principal foi "situação de rua", segundo ano da ocorrência, faixa etária e sexo da vítima, Brasil, 2015 a 2017

| Variáveis | 2015 | | 2016 | | 2017 | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| **Faixa etária (anos)** | | | | | | | | |
| <1 | 46 | 0,8 | 53 | 1,0 | 102 | 1,7 | 201 | 1,2 |
| 1-4 | 32 | 0,5 | 31 | 0,6 | 39 | 0,6 | 102 | 0,6 |
| 5-14 | 455 | 7,6 | 502 | 9,6 | 547 | 8,9 | 1.504 | 8,7 |
| 15-24 | 2.153 | 36,0 | 2.138 | 40,7 | 2.331 | 37,9 | 6.622 | 38,1 |
| 25-34 | 1.484 | 24,8 | 1.070 | 20,4 | 1.248 | 20,3 | 3.802 | 21,9 |
| 35-44 | 926 | 15,5 | 688 | 13,1 | 947 | 15,4 | 2.561 | 14,7 |
| 45-54 | 468 | 7,8 | 307 | 5,9 | 444 | 7,2 | 1.219 | 7,0 |
| 55-64 | 248 | 4,2 | 248 | 4,7 | 276 | 4,5 | 772 | 4,4 |
| 65 e+ | 166 | 2,8 | 213 | 4,1 | 224 | 3,7 | 603 | 3,5 |
| **Sexo** | | | | | | | | |
| Masculino | 3.512 | 58,6 | 2.355 | 44,9 | 2.687 | 43,6 | 8.554 | 49,2 |
| Feminino | 2.465 | 41,2 | 2.895 | 55,2 | 3.467 | 56,3 | 8.827 | 50,8 |
| Ignorado/em branco | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 | 4 | 0,1 | 5 | 0,03 |
| **Raça/cor da pele** | | | | | | | | |
| Branca | 2.177 | 36,1 | 1.876 | 35,7 | 2.093 | 34,0 | 6.146 | 35,4 |
| Negra (pretos e pardos) | 3.208 | 53,7 | 2.881 | 54,9 | 3.433 | 55,8 | 9.522 | 54,8 |
| Amarela | 48 | 0,8 | 32 | 0,6 | 47 | 0,8 | 127 | 0,7 |
| Indígena | 68 | 1,1 | 119 | 2,3 | 96 | 1,6 | 283 | 1,6 |
| Ignorado/em branco | 477 | 7,9 | 342 | 6,5 | 489 | 7,9 | 1.308 | 7,5 |
| **Orientação Sexual** | | | | | | | | |
| Heterossexual | 3.842 | 64,3 | 3.479 | 66,3 | 4.011 | 65,1 | 11.332 | 65,2 |
| Homossexual | 139 | 2,3 | 174 | 3,3 | 189 | 3,1 | 502 | 2,9 |
| Bissexual | 17 | 0,3 | 24 | 0,5 | 22 | 0,4 | 63 | 0,4 |
| Não se aplica* | 649 | 10,9 | 576 | 10,9 | 603 | 9,8 | 1.828 | 10,5 |
| Ignorado/em branco | 1.331 | 22,3 | 997 | 19,0 | 1.333 | 21,7 | 3.661 | 21,1 |
| **Identidade de gênero** | | | | | | | | |
| Travesti | 31 | 0,5 | 36 | 0,7 | 45 | 0,7 | 112 | 0,6 |
| Transexual mulher | 95 | 1,6 | 96 | 1,8 | 111 | 1,8 | 302 | 1,7 |
| Transexual homem | 62 | 1,0 | 75 | 1,4 | 64 | 1,0 | 201 | 1,2 |
| Não se aplica | 3.776 | 63,2 | 3.356 | 63,9 | 3.791 | 61,6 | 10.923 | 62,8 |
| Ignorado/em branco | 2.014 | 33,7 | 1.687 | 32,1 | 2.147 | 34,9 | 5.848 | 33,6 |
| **Total** | 5.978 | 100 | 5.250 | 100 | 6.158 | 100 | 17.386 | 100 |

Fonte: Sinan Net (atualizado em 10/05/2019).
Nota: * Refere-se a crianças de 0 a 9 anos de idade.

Quanto ao tipo de violência sofrido pelas vítimas notificadas em situação de rua, destacaram-se os seguintes tipos: física (16.149; 92,9%), psicológica/moral (4.025; 23,2%), sexual (673; 3,9%), tortura (655; 3,8%) e negligência/abandono (460; 2,7%), em todos os anos analisados. O provável autor da violência foi um desconhecido, para a maior parte das notificações estudadas (38,0 % em 2015; 38,2% em 2016; e 34,9% em 2017), seguindo-se amigos/conhecidos (36,1% em 2015; 33,6% em 2016; e 31,5% em 2017). A violência de repetição foi relatada em 17,6%, 14,2% e 18,4% dos casos notificados em 2015, 2016 e 2017, respectivamente. As lesões autoprovocadas foram mencionadas em 7,3% das notificações de violência motivadas por situação de rua nos anos estudados (Tabela 2).

**TABELA 2 Distribuição das frequências absoluta e relativa dos tipos de violência registrados nas fichas de notificação de violência cuja motivação principal foi "situação de rua", Brasil, 2015-2017**

| Variáveis | 2015 | | 2016 | | 2017 | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| **Tipo de violência** | | | | | | | | |
| Física | 5.622 | 94,0 | 4.807 | 91,6 | 5.720 | 92,9 | 16.149 | 92,9 |
| Psicológica/moral | 1.365 | 22,8 | 1.255 | 23,9 | 1.405 | 22,8 | 4.025 | 23,2 |
| Tortura | 166 | 2,8 | 234 | 4,5 | 255 | 4,1 | 655 | 3,8 |
| Sexual | 191 | 3,2 | 212 | 4,0 | 270 | 4,4 | 673 | 3,9 |
| Tráfico de seres humanos | 2 | 0,03 | 8 | 0,2 | 2 | 0,03 | 12 | 0,1 |
| Financeira/econômica | 56 | 0,9 | 48 | 0,9 | 64 | 1,0 | 168 | 0,9 |
| Negligência/abandono | 124 | 2,1 | 166 | 3,2 | 170 | 2,8 | 460 | 2,7 |
| Intervenção legal | 49 | 0,8 | 40 | 0,8 | 35 | 0,6 | 124 | 0,7 |
| Outra violência | 110 | 1,8 | 100 | 1,9 | 111 | 1,8 | 321 | 1,9 |
| **Provável autor da violência** | | | | | | | | |
| Desconhecido | 2.271 | 38,0 | 2.003 | 38,2 | 2.150 | 34,9 | 6.424 | 37,0 |
| Amigos/conhecidos | 2.160 | 36,1 | 1.765 | 33,6 | 1.940 | 31,5 | 5.865 | 33,7 |
| Familiar | 292 | 4,9 | 350 | 6,7 | 417 | 6,8 | 1.059 | 6,1 |
| Parceiro atual | 280 | 4,7 | 289 | 5,5 | 374 | 6,1 | 943 | 5,4 |
| Ex-parceiro | 159 | 2,7 | 166 | 3,2 | 182 | 3,0 | 507 | 2,9 |
| Policial/agente da lei | 228 | 3,8 | 246 | 4,7 | 260 | 4,2 | 734 | 4,2 |
| Ignorado/em branco | 258 | 4,3 | 169 | 3,2 | 218 | 3,5 | 3,7 | 8,5 |
| **Violência de repetição** | | | | | | | | |
| Sim | 1.050 | 17,6 | 1045 | 14,2 | 1.134 | 18,4 | 3.229 | 18,6 |
| Não | 4.026 | 67,4 | 3.458 | 65,9 | 3.970 | 64,5 | 11.454 | 65,9 |
| Ignorado/branco | 902 | 15,1 | 747 | 14,2 | 1.054 | 17,1 | 2.703 | 15,6 |
| **Lesão autoprovocada** | | | | | | | | |
| Sim | 336 | 5,6 | 417 | 7,9 | 523 | 8,5 | 1.276 | 7,3 |
| Não | 5.275 | 88,2 | 86,1 | 88,6 | 5.290 | 85,9 | 15.087 | 86,8 |
| Ignorado/em branco | 367 | 6,1 | 311 | 5,9 | 345 | 5,6 | 1.023 | 5,9 |
| **Total** | 5.978 | 100 | 5.250 | 100 | 6.158 | 100 | 17.386 | 100 |

Nota: Na ficha de notificação individual de violência, o tipo de violência é uma questão de múltipla escolha, logo uma única notificação pode ter registro de mais de um tipo de violência.
Fonte: Sinan Net (atualizado em 10/05/2019).

A frequência absoluta de notificações de violência motivada por situação de rua da vítima demonstra que São Paulo foi a capital com maior número de notificações em todos os anos analisados, com 176 notificações em 2015, 317 em 2016 e 295 em 2017. Além de São Paulo, em 2015, as capitais Goiânia (n=62), Natal (n=61) e Salvador (n=58) apresentaram as maiores frequências absolutas de notificações. Salvador (n=63), Maceió (n=59) e Goiânia (n=52) foram as capitais que mais registraram casos de violência motivados pela situação de rua da vítima em 2016. No ano de 2017, destacaram-se, pelo maior número de notificações, Salvador (n=274), Rio de Janeiro (n=84) e Natal (n=63) (Tabela 3). As UFs que mostraram os maiores percentuais de notificações de violência motivada por situação de rua da vítima, no período 2015-2017, foram Minas Gerais (29,1%) e São Paulo (20,1%) (Tabela 4). A região Sudeste foi responsável por 54,0% das notificações de violência motivada por situação de rua da vítima entre os anos de 2015 e 2017 (Tabela 4).

**TABELA 3 Distribuição da frequência absoluta das notificações de violência cuja motivação principal foi "situação de rua", segundo capitais, Brasil, 2015-2017**

| Capitais | Ano | | | Total |
|---|---|---|---|---|
| | 2015 | 2016 | 2017 | |
| **Aracaju** | 3 | 4 | 3 | 10 |
| **Belém** | 5 | 3 | 3 | 11 |
| **Belo Horizonte** | 11 | 15 | 29 | 55 |
| **Boa Vista** | 6 | 15 | 7 | 28 |
| **Brasília** | 8 | 6 | 8 | 22 |
| **Campo Grande** | 22 | 16 | 11 | 49 |
| **Cuiabá** | 2 | 12 | 8 | 22 |
| **Curitiba** | 11 | 12 | 17 | 40 |
| **Florianópolis** | 15 | 8 | 8 | 31 |
| **Fortaleza** | 11 | 27 | 20 | 58 |
| **Goiânia** | 62 | 52 | 20 | 134 |
| **João Pessoa** | 9 | 0 | 12 | 21 |
| **Macapá** | 9 | 6 | 0 | 15 |
| **Maceió** | 33 | 59 | 25 | 117 |
| **Manaus** | 7 | 2 | 5 | 14 |
| **Natal** | 61 | 21 | 63 | 145 |
| **Palmas** | 28 | 17 | 11 | 56 |
| **Porto Alegre** | 20 | 36 | 39 | 95 |
| **Porto Velho** | 5 | 3 | 14 | 22 |
| **Recife** | 17 | 28 | 27 | 72 |
| **Rio Branco** | 7 | 4 | 4 | 15 |
| **Rio de Janeiro** | 7 | 14 | 84 | 105 |
| **Salvador** | 58 | 63 | 274 | 395 |
| **São Luís** | 31 | 9 | 5 | 45 |
| **São Paulo** | 176 | 317 | 295 | 788 |
| **Teresina** | 9 | 5 | 2 | 16 |
| **Vitória** | 23 | 21 | 35 | 79 |

Fonte: Sinan Net (atualizado em 10/05/2019).

**TABELA 4 Distribuição das frequências absoluta e relativa (total) das notificações de violência cuja motivação principal foi "situação de rua", segundo Unidades da Federação, Brasil, 2015-2017**

| Região/Unidade da Federação | Ano | | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2015 | 2016 | 2017 | n | % |
| **Norte** | 339 | 436 | 425 | 1.200 | 6,9% |
| Rondônia | 8 | 12 | 26 | 46 | 0,3 |
| Acre | 15 | 14 | 17 | 46 | 0,3 |
| Amazonas | 132 | 222 | 130 | 484 | 2,9 |
| Roraima | 7 | 16 | 9 | 32 | 0,2 |
| Pará | 81 | 61 | 115 | 257 | 1,5 |
| Amapá | 20 | 14 | 22 | 56 | 0,3 |
| Tocantins | 76 | 97 | 106 | 279 | 1,6 |
| **Nordeste** | 964 | 931 | 1.307 | 3.202 | 18,4% |
| Maranhão | 110 | 62 | 57 | 229 | 1,3 |
| Piauí | 22 | 53 | 29 | 104 | 0,6 |
| Ceará | 91 | 77 | 65 | 233 | 1,3 |
| Rio Grande do Norte | 84 | 54 | 94 | 232 | 1,3 |
| Paraíba | 59 | 55 | 132 | 246 | 1,4 |
| Pernambuco | 94 | 119 | 206 | 419 | 2,4 |
| Alagoas | 105 | 115 | 66 | 286 | 1,7 |
| Sergipe | 5 | 5 | 5 | 15 | 0,1 |
| Bahia | 394 | 391 | 653 | 1.438 | 8,3 |
| **Sudeste** | 3.244 | 2.834 | 3.303 | 9.381 | 54,0% |
| Minas Gerais | 1.892 | 1.436 | 1.726 | 5.054 | 29,1 |
| Espírito Santo | 92 | 91 | 147 | 330 | 1,9 |
| Rio de Janeiro | 137 | 152 | 208 | 497 | 2,9 |
| São Paulo | 1.123 | 1.155 | 1.222 | 3.500 | 20,1 |
| **Sul** | 1.065 | 759 | 824 | 2.648 | 15,2% |
| Paraná | 486 | 334 | 429 | 1.249 | 7,2 |
| Santa Catarina | 327 | 179 | 130 | 636 | 3,7 |
| Rio Grande do Sul | 252 | 246 | 265 | 763 | 4,4 |
| **Centro-Oeste** | 366 | 290 | 299 | 955 | 5,5% |
| Mato Grosso do Sul | 110 | 75 | 116 | 301 | 1,7 |
| Mato Grosso | 86 | 69 | 70 | 225 | 1,3 |
| Goiás | 162 | 140 | 105 | 407 | 2,3 |
| Distrito Federal | 8 | 6 | 8 | 22 | 0,1 |

Fonte: Sinan Net (atualizado em 10/05/2019).

# Discussão

Em três anos (2015-2017), foram notificados mais de 17 mil casos de violência cuja motivação foi a vítima estar em situação de rua. Entretanto, conforme observado na literatura, existe uma alta proporção de casos de violência entre os moradores de rua, que nem sempre são notificados.[14] Os motivos da subnotificação variam desde a não procura pelo serviço de saúde por parte da vítima (ou dificuldade de acesso ao serviço), até o não registro desses casos no sistema de notificação por parte do profissional de saúde e o não preenchimento do campo "motivação da violência".[15,16]

O não acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua é influenciado por várias condicionantes.[15,17] Muitas vezes, a busca é realizada apenas em circunstâncias mais extremas de agravamento dos sintomas ou quando as pessoas em situação de rua são conduzidas por meio dos serviços de urgência/emergência ou por instituições assistenciais.[18] Todavia, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte dessa população apresenta aspectos também relacionados à organização destes serviços, como preconceitos, exigência indevida de documentação e limitação para o atendimento por meio de busca espontânea, entre outros entraves.[19]

No presente estudo, a maioria das notificações de violência motivadas pela situação de rua foi observada entre pessoas do sexo feminino, jovens, de raça/cor negra e heterossexuais. Por outro lado, as agressões físicas e verbais perpetradas pelos moradores de rua do sexo masculino representam um estilo de masculinidade forjada para a sobrevivência. Um estudo etnográfico realizado em Fortaleza apresenta "códigos, normas e condutas de virilidade" manifestos pelos moradores de rua que revelam um conjunto de estratégias de sobrevivência que incluem expressões violentas da masculinidade.[20]

A violência contra as pessoas negras em situação de rua é impulsionada pelo preconceito racial. De acordo com Pinho, Grando e Pinho (2014), a privação material das pessoas em situação de rua é uma das manifestações do racismo. Entretanto, as autoras também salientam a violência simbólica perpetrada contra os moradores de rua negros. O ser negro em situação de rua agrava a vulnerabilidade e o sofrimento.[21] Estudos recentes, como o Atlas da Violência 2018, demonstram que os jovens negros do sexo masculino foram o perfil mais frequente de vítimas de homicídio no Brasil, sendo muito mais vulneráveis à violência do que os jovens não negros. A pesquisa apontou ainda que, em 2016, os negros representaram 71,5% das vítimas de morte violenta no Brasil, uma proporção maior que a encontrada neste estudo.[22] No entanto, seriam necessários outros estudos para relacionar estas informações com a violência contra a população em situação de rua, uma vez que não é possível a estimativa de proporções para tal população, devido à falta de um censo populacional específico.

No presente estudo, apesar de as notificações de violência contra pessoas em situação de rua homossexuais e bissexuais serem menos de 4% dos registros, destaca-se que a maioria das notificações com preenchimento do quesito de identidade de gênero ocorreu entre as travestis e transexuais mulheres. Pires (2016) reforça a necessidade de compreender que a organização social e o uso dos espaços públicos manifestam as relações de poder em uma ordem patriarcal, autorizando ou não a coexistência das pessoas. "Ter um corpo fora da lei patriarcal de gênero é experimentar a desigualdade do espaço urbano não democrático. Esse espaço não reconhece a precariedade humana de pessoas que estão em desvantagem na cidade também devido à mobilidade, o que limita o acesso a inúmeros direitos e causa a violência".[23] As variáveis "orientação sexual" e "identidade de gênero" apresentaram os maiores percentuais de ignorado/branco entre as variáveis analisadas, sendo classificadas para incompletude como ruins (20% a 49,9%).[24] Esta constatação pode limitar algumas análises mais acuradas usando estas variáveis. Assim, reforça-se a importância de os profissionais de saúde incluírem, na anamnese e no preenchimento da ficha de notificação, as perguntas sobre orientação sexual e identidade de gênero, considerando as pessoas atendidas de um modo mais integral e humanizado.

Neste trabalho, as notificações de violência motivadas pela situação de rua demonstraram que esta atinge mais fortemente os adultos jovens. Destaca-se que o grupo etário que compõe a maior parcela das pessoas em situação de rua é formado por homens de 18 a 50 anos, segundo dados de censos demográficos específicos.[25] A situação de rua é caracterizada pela ausência de um local de moradia, especificamente um lugar para pernoite.[26] Estar em situação de rua aumenta a exposição às violências e, consequentemente, eleva o risco de o indivíduo ser agredido.

Outro achado que chama atenção neste estudo é que, quanto ao tipo de violência sofrida, a maioria das notificações motivadas pela situação de rua mostrou maior proporção de violência física, seguida pela violência psicológica e moral. O provável autor da violência foi, na maior parte dos casos, pessoa desconhecida ou amigos/conhecidos. Em uma pesquisa realizada em 2008 (publicada em 2015), em três albergues da cidade de São Paulo que acolhem população em situação de rua, 46% dos entrevistados referiram ter sido agredidos no mês anterior à pesquisa, sendo o tipo de violência mais predominante a verbal (30,3%), seguida da violência física (15,1%). O agressor foi outro albergado em 35,2% dos relatos, em 26,4% foi outra pessoa em situação de rua fora do albergue (26,4%), e em 10% dos casos foi a polícia.[27]

De acordo com dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), em 2013, foram notificados 188.624 atendimentos por violência. Destes, 65,7% foram classificados como violência física e 27% como violência psicológica/moral, o que corrobora os dados estudados para a população em situação de rua.[28] Sobre o provável autor da agressão motivada pela situação de rua ser um desconhecido, a hipótese é de que a sociedade percebe a pessoa em situação de rua como indesejável, perigosa e incômoda, e por isso não a vê como sujeito de direitos. Esta percepção pode ser manifestada tanto por meio da violência simbólica nos discursos proferidos e propagados até mesmo na mídia, quanto na prática da violência física contra os indivíduos em situação de rua.[20, 29]

A violência de repetição foi observada em cerca de 18% das notificações de violência motivadas por situação de rua das vítimas. Destaca-se que o percentual médio de ignorados/brancos foi de 16%, o que de certo modo pode expressar incerteza no que concerne ao percentual de violência de repetição. A violência de repetição pode ser entendida dentro do mesmo arcabouço de representações sociais depreciativas a respeito da população em situação de rua que podem se concretizar em ações violentas.[29]

Aproximadamente 7% das notificações de violência motivada por situação de rua são sobre lesões autoprovocadas. A violência autoprovocada inclui autoagressões contra si e tentativas de suicídio. Em 2014, a proporção de lesões autoprovocadas entre os atendimentos por violência (n=4.472) em serviços sentinelas de urgência e emergência em 24 capitais brasileiras e no Distrito Federal foi de 9,5%, e apenas 1,4% foi relacionada à população em situação de rua.[28] A diferença de proporção encontrada nestes dois estudos pode ser explicada pela diferença nos métodos de coleta de dados: no presente estudo, a fonte de dados é a notificação compulsória para todo o país, e no outro estudo é realizado um inquérito em serviços sentinelas de urgência e emergência em 24 capitais brasileiras e no Distrito Federal.

Uma das hipóteses que pode justificar a alta frequência de notificação das lesões autoprovocadas é a exposição constante aos fatores de risco para o sofrimento psíquico entre as pessoas em situação de rua. O uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, o desemprego, as ameaças e violências, assim como a fragilidade das redes de apoio, podem predispor esta população ao adoecimento mental e ao sofrimento psíquico – fatores de risco para morte autoprovocada.[30,31] Dessa forma, são essenciais a garantia do acesso a serviços de saúde e estratégias que fortaleçam a prevenção e os fatores protetivos para esta população.[32]

São Paulo destacou-se como a capital com maior número de notificações de violência motivadas pela situação de rua da vítima, seguida de capitais do Nordeste e do Centro-Oeste. As UFs com maior percentual de notificações foram Minas Gerais e São Paulo, e a região com mais da metade dessas notificações foi o Sudeste. A maior parte da população em situação de rua (40%) encontra-se em municípios com mais de 900 mil habitantes, e a região Sudeste concentra 48,9% da população em situação de rua em suas áreas metropolitanas.[4] Salienta-se que um maior número de notificações não significa simplesmente um contexto de maior violência, e sim que o sistema de vigilância está captando mais frequentemente este fenômeno.

## Considerações finais

Uma das limitações deste estudo é a ausência de uma estimativa para a população em situação de rua para cada um dos anos analisados, o que impede que sejam calculadas taxas e seja feita a comparação entre as localidades analisadas. A contagem da população em situação de rua, por meio de censo nacional, é uma demanda importante das políticas públicas para que estas possam aprimorar seus serviços destinados a esta população, assim como dar visibilidade às suas necessidades. Dessa forma, torna-se cada vez mais premente o desenvolvimento e o uso de métodos de coleta e análise de dados para este grupo específico.

Outra limitação é que, em 2015, foi observado um menor número de notificações, e uma das possíveis explicações para isso é o processo de implementação do campo "motivo da violência" na ficha de notificação, ocorrido em 2014.[12] Logo, é preciso intensificar a capacitação de profissionais de saúde para o preenchimento da ficha de notificação de violência, especialmente nos campos específicos, como "motivação da violência".

Há necessidade de garantir o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde, principalmente nos casos de violência. Em 2009, foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua, que prevê o acesso deste grupo aos serviços e programas do SUS.[3] Para atender a esta demanda, o Ministério da Saúde instituiu o II Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, que estabelece diretrizes e estratégias para qualificar as ações e serviços de saúde, assim como garantir o acesso por meio de estratégias como os Consultórios na Rua, unidades móveis vinculadas às Unidades Básicas de Saúde.[33]

O SUS tem o desafio não apenas de proporcionar o acesso para a população em situação de rua, mas também de oferecer o serviço com equidade e qualidade, rompendo a construção social estigmatizada a respeito deste grupo e avançando no reconhecimento do protagonismo e da autonomia das pessoas em situação de rua, assim contribuindo para o enfrentamento da exclusão e discriminação socioinstitucional.[16] O estabelecimento de uma rede de atenção intersetorial é fundamental para que o acesso aos serviços de saúde ocorra de maneira integral e efetive a rede de proteção a esta população.

Por fim, compreender as violências que afetam as pessoas em situação de rua e trabalhar o setor saúde para além dos estigmas não apenas contribui para dimensionar o problema e lançar luz sobre soluções pontuais e individuais, mas também coopera para a criação de espaços de discussão a respeito da cidade, dos direitos, das desigualdades, da justiça e da própria sociedade.

## Ações do Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde estabeleceu o II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que traz eixos prioritários e estratégias para atenção à saúde desta população.[32] São seus eixos:

I- Acesso à saúde Integral da População em Situação de Rua;

II - Promoção e Vigilância em Saúde;

III - Educação Permanente e Educação Popular em Saúde;

IV- Mobilização, Articulação, Participação e Controle Social;

V - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a População em Situação de Rua.

A principal rede de atendimento à população em situação de rua envolve ações integradas do SUS – por meio das equipes de Consultório na Rua ligadas às Unidades Básicas de Saúde, Centros de Apoio Psicossocial componentes da Rede de Atenção Psicossocial, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, assim como serviços da rede de média e alta complexidade (hospitais, por exemplo). E, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social, as ações de proteção social, básica e especial. Além disso, existem entidades não governamentais que ofertam apoio à população em situação de rua. O Ministério da Saúde também prioriza a população em situação de rua com estratégias específicas para o enfrentamento do HIV/aids e tuberculose, agravos de alta prevalência nesta população.

## Recomendações

- Fortalecimento de estratégias interinstitucionais, a fim de se efetivar o cuidado integrado e favorecer a rede de proteção à população em situação de rua, para a prevenção das situações de violência;
- Participação nas demais políticas públicas que incidem sobre os determinantes sociais da saúde na população em situação de rua, como a geração de renda e de moradia;
- Inserção do campo "população em situação de rua" em todos os sistemas de informação do Ministério da Saúde estratégicos para este grupo, com vistas ao aperfeiçoamento dos indicadores de saúde específicos;
- Promoção de ações de qualificação dos profissionais do SUS para atuação com a população em situação de rua, com o objetivo de aumentar a resolutividade do cuidado, melhorar a competência cultural dos profissionais e desconstruir estigmas negativos associados socialmente a esta população;
- Apoio à articulação com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para se garantir a realização do recenseamento da população em situação de rua;
- Estímulo a pesquisas e produção de conhecimento sobre violência e saúde da população em situação de rua.

# Referências

1. Rosa AS, Cavicchioli MGS, Bretas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2005 ago [citado 2019 maio 23];13(4):576-582. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a17.pdf. doi: 10.1590/S0104-11692005000400001
2. Alcantara SC, Abreu DP, Farias AA. Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. Rev Colomb Psicol [Internet]. 2015 jan-jun [citado 2019 maio 23];24(1):129-143. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v24n1/v24n1a09.pdf. doi: 10.15446/rcp.v24n1.40659.
3. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2009 dez 24 [citado 2019 mar 1];Seção 1:16. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm.
4. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016 [citado 2019 maio 23]. 36 p. (Texto para discussão, 2246). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819.
5. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGDO, Saraiva AKDM. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2017 ago [citado 2019 maio 23];21(8):2595-606. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2595.pdf. doi: 10.1590/1413-81232015218.06892015.
6. Hwang SW. Homelessness and health. CMAJ [Internet]. 2001 Jan [cited 2019 Mar 1]; 164(2):229-33. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC80688/
7. Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. Lancet [Internet]. 2014 Oct [cited 2019 Mar 1];384(9953):1541-7. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614611338. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61133-8
8. Mattos RM, Ferreira RF. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. Psicol Soc [Internet]. 2004 [citado 2019 mar 1];16(2):47-58. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n2/a07v16n2. doi: 10.1590/S0102-71822004000200007
9. Valencio NFLS, Pavan BJC, Siena M, Marchezini V. Pessoas em situação de rua no Brasil: estigmatização, desfiliação e desterritorialização. Rev Bras Sociol Emoção [Internet]. 2008 dez [citado 2019 mar 1];7(21):556-605. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/rbse/NormaArt.pdf
10. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2018 jun [citado 2019 maio 23];23(6):2007-16. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2007.pdf. doi: 10.1590/1413-81232018236.04962018
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo da notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2019 mar 1]. 92 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada – Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2019 mar 1]. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias/41893-notificacao-de-violencia-interpessoal-autoprovocada-portaria-gm-ms-n-1271-2014-e-sinan-versao-5-0
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2016 maio 24 [citado 2019 mar 1]; Seção 1:44. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
14. Rosa AS, Bretas ACP. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. Interface [Internet]. 2015 jun [citado 2019 maio 23];19(53):275-85. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-19-53-0275.pdf. doi: 10.1590/1807-57622014.0221
15. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJÍ. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2015 jun [citado 2019 mar 1];20(6):1879-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601879&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/1413-81232015206.13442014

16. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015 jul [citado 2019 mar 1];31(7):1497-1504. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701497&lng=en. doi: 10.1590/0102-311X00143114
17. Bagett TP, O'Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: a national study. Am J Public Health [Internet]. 2010 Jul [cited 2019 May 23];100(7):1326-33. Available from: https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2009.180109?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed. doi: 10.2105/AJPH.2009.180109
18. Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. Saúde Soc [Internet]. 2004 abr [citado 2019 mar 1];13(1):56-69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100007&lng=en. doi: 10.1590/S0104-12902004000100007
19. Carneiro Junior N, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso em dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. Saúde Soc [Internet]. 2010 set [citado 2019 mar 1];19(3):709-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300021&lng=en. doi: 10.1590/S0104-12902010000300021
20. Pinheiro ZAC. Vidas infames: uma etnografia das masculinidades, identidades de gênero e sobrevivências de homens que moram nas ruas [tese]. Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Filosofia e Ciências: Marília; 2018. Disponível em: http://hdl.handle.net/11449/157355
21. Pinho VA, Grando BS, Pinho AM. Jovens negros e negras em situação de rua em Cuiabá: um estudo das experiências em direitos humanos. In: Guimarães STL, Carvalho CCF, Passos LA, Marín J, organizadores. RuAção: das epistemologias da rua à política da rua [Internet]. Cuiabá: EdUFMT, Editora Sustentável; 2014 [citado 2019 maio 23]. p.147-162. Disponível em: http://www.editora.ufmt.br/download/ebook_RuAcao.pdf
22. Cerqueira DC, Lima RSD, Bueno S, Neme C, Ferreira H, Coelho D, et al. Atlas da violência [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA, Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2018 [citado 2019 mar 1]. 35 p. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf
23. Pires FL. Discriminação na cidade: a mobilidade como direito social. Discriminação na cidade: a mobilidade como direito social. Urbana: Rev Eletrônica Cent Interdiscip [Internet]. 2016 jan-abr [citado 2019 maio 23];8(1):95-120. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/urbana/article/view/8642601. doi: 10.20396/urbana.v8i1.8642601
24. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 mar [citado 2019 maio 23];23(3):701-14. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/28.pdf. doi: 10.1590/S0102-311X2007000300028
25. Prefeitura de São Paulo (SP). Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. Censo da população em situação de rua da cidade de São Paulo: resultados [Internet]. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 2015 [citado 2018 dez 20]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf
26. Prefeitura de São Paulo (SP). Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo [Internet]. São Paulo: Prefeitura de São Paulo: 2015 [citado 2019 dez 18]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00-publicacao_de_editais/0003.pdf
27. Barata RB, Carneiro Junior N, Ribeiro MCSDA, Silveira C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. Saúde Soc [Internet]. 2015 jun [citado 2019 maio 23];24(Suppl 1):219-32. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00219.pdf. doi: 10.1590/S0104-12902015S01019
28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes: 2013 e 2014 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2019 maio 23]. 218 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf
29. Resende VDM. A violação de direitos da população em situação de rua e a violência simbólica: representação discursiva no jornalismo on-line. Aled [Internet]. 2016 [citado 2019 maio 23];15(1):71-91. Disponível em: http://www.dissoc.org/ediciones/v09n01-2/DS9(1-2)Resende.pdf. doi:10.17851/2237-2083.24.3.955-988

30. Centers for Disease Control and Prevention (US). Suicide: risk and protective factors. U.S. Public Health Service [Internet]. [S.l]: Centers for Disease Control and Prevention; 1999 [citado 2019 mar 1]. Available from: https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/riskprotectivefactors.html
31. Nilsson SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Suicide and unintentional injury mortality among homeless people: a Danish nationwide register-based cohort study. Eur J Public Health [Internet]. 2013 Feb [cited 2019 May 23];24(1):50-6. Available from: https://academic.oup.com/eurpub/article/24/1/50/491870. doi: 10.1093/eurpub/ckt025
32. Botti NCL, Castro CC, Silva MF, Silva AK, Oliveira LC, Castro ACHOA, et al. Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2010 [citado 2019 maio 23];59(1):10-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n1/v59n1a02.pdf. doi: 10.1590/S0047-20852010000100002
33. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução MS/GM nº 31, de 30 de novembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2017 dez 22 [citado 2019 mar 1];Seção 1:245. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---31.pdf